

# *Relação Médico-Paciente idoso: desafios e perspectivas*

## *The physician- elderly patient relationship: challenges and perspectives*

Lucy Gomes Vianna<sup>I</sup>

Cecília Vianna<sup>II</sup>

Armando José China Bezerra<sup>I</sup>

### **PALAVRAS-CHAVE**

- Relações Interpessoais
- Idoso
- Relação Médico-Paciente

### **KEY WORDS**

- Interpersonal Relations
- Aged
- Physician-Patient Relations

### **RESUMO**

O objetivo deste artigo é expor os desafios e perspectivas da relação médico-paciente idoso. Nas relações interpessoais, inerentes ao exercício profissional da medicina, é a qualidade do encontro que determina sua eficiência. Assim, na formação e na identificação do bom profissional, a relação médico-paciente idoso é fundamental na promoção da qualidade do atendimento. Os médicos devem privilegiar sentimentos e valores dos pacientes idosos e de seus familiares, estimulando a tomada das decisões necessárias em conjunto, ou seja, a democratização da relação médico-paciente, resgatando sua humanização. Esta proposta aspira ao nascimento de uma nova imagem deste profissional responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente idoso em sua integridade física, psíquica e social, e não somente do ponto de vista biológico.

### **ABSTRACT**

The aim of this article was to discuss challenges and perspectives in the physician-elderly patient relationship. In interpersonal relations, inherent to medical practice, it is the quality of the encounter that determines its efficiency. Thus, in training and identifying good medical professionals, the physician-elderly patient relationship is essential for promoting quality of care. Physicians should prioritize the feelings and values of elderly patients and their families, encouraging the necessary joint decision-making, that is, democratization of the physician-patient relationship, reclaiming its humanization. This proposal aspires to the birth of a new image for these professionals, who are responsible for effective health promotion, by considering elderly patients in their physical, psychological, and social entirety, and not merely from the biological point of view.

Recebido em: 22/02/2009

Aprovado em: 02/07/2009

<sup>I</sup> Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade de Brasília. Hospital Universitário de Brasília, Brasília DF, Brasil.

A tarefa da medicina no século 21 será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor e, ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos 19 e 20 foi revelado o poder do corpo (Cassel, p. 102)<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

A comunicação empática na relação médico-paciente está sendo novamente valorizada na atualidade, definida como uma habilidade cognitiva, passível de ser ensinada e aprendida, e que envolve a compreensão dos sentimentos do paciente<sup>2</sup>. Na relação médico-paciente idoso existem expectativas claramente definidas. De um lado, os idosos precisam da ajuda dos médicos; reciprocamente, os médicos se comportam de maneira altruísta e dispõem de conhecimentos especializados que permitem atingir o objetivo comum de ambos: a cura. O papel do médico caracteriza-se, antes de tudo, por sua preocupação com o bem-estar do paciente, em oposição a outras profissões orientadas primeiramente pela busca do lucro.

Nas relações interpessoais, inerentes ao exercício profissional da medicina, é a qualidade do encontro que determina sua eficiência. A doença provoca sentimento de isolamento nos pacientes idosos, que desejam ter seus sentimentos, ideias e dilemas entendidos por outras pessoas. Assim, no processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da prática médica. A empatia, entendida como a troca de sensibilidade entre profissional e paciente idoso, é essencial nesse encontro. Os pacientes idosos esperam que o médico seja amistoso, cordial, gentil, carinhoso e solidário no seu sofrimento, oferecendo-lhes o apoio emocional de que carecem. Eles desejam ser acolhidos de forma cuidadosa e personalizada, chamados por seu nome próprio e/ou por um adjetivo carinhoso (principalmente entre as mulheres)<sup>3</sup>. Esta relação é baseada na confiança que o profissional inspira e na compreensão do idoso sobre a realidade do médico. Cuidar de indivíduo idoso transcende a conduta terapêutica no sentido estrito, pois é necessário estar atento à qualidade de vida, aos níveis de autonomia e independência e ao meio ambiente social e físico, a fim de prevenir as enfermidades e tratar adequadamente quaisquer condições vigentes. Portanto, a boa relação médico-paciente idoso é fundamental na promoção da qualidade do atendimento<sup>4</sup>. Esta conduta deve ser adotada em todas as profissões da saúde e com maior ênfase na Geriatria e Gerontologia.

## DESENVOLVIMENTO

Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault<sup>5</sup> descreve como, com a descoberta da anatomia patológica, o interesse médico

foi-se voltando para as estruturas internas do organismo na busca de lesões que explicassem as doenças e como a importância do sujeito se tornou secundária, passando este a ser portador de lesões. Outra importante contribuição para o entendimento desta relação nos foi dada por Canguilhem<sup>6</sup> em *O Normal e o Patológico*, em que o autor discute as experiências de fisiologia nos laboratórios e a elaboração dos conceitos sobre saúde e doença e, consequentemente, sobre diagnóstico e terapêutica, baseados na normalidade experimental, isto é, definidos por médias obtidas em situações cientificamente controladas, mas distantes da realidade concreta dos indivíduos. Assim, na atualidade, o encontro do médico com o paciente idoso ocorre na medida em que este é portador de lesão inscrita no interior do seu corpo, identificada não a partir de sua percepção, mas em função de uma norma exterior a ele. A única informação capaz de ser compreendida, valorizada e transformada em diagnóstico e em terapêutica é a que se refere a este domínio, passando a ocorrer a relação entre o médico e a doença do sujeito independentemente do sujeito da doença<sup>4</sup>.

Segundo a concepção biomédica, a doença é interpretada como desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Este modelo, fundamentado em perspectiva mecanicista, considera os fenômenos complexos como relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo e análise do corpo como máquina, desprezando as dimensões humana, vivencial, psicológica e cultural da doença. Este conceito leva a algumas dificuldades na relação médico-paciente idoso: (a) incompreensão por parte do profissional das palavras utilizadas pelo idoso para expressar sua dor e sofrimento; (b) falta ou dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente; (c) dificuldade do idoso na adesão ao tratamento<sup>7</sup>. Também considerável número de pacientes idosos sofre de problemas cujas causas orgânicas não são identificadas. Apenas a relação privilegiada entre o médico e seu doente, com uma postura de escuta atenta, pode permitir determinar as alterações emocionais que estão na origem do mal.

É relevante o estudo de Schraiber<sup>8</sup> que analisa, a partir de entrevistas com médicos portadores de longa prática clínica, a incorporação da tecnologia no exercício da profissão, evidenciando a valorização da ciência e, assim, a intelectualização dos saberes. O doente perdeu suas diferenças sociais para ser objeto do saber reconhecido cientificamente. Nessa condição, o ato médico passou a ser repetidor dos conhecimentos habilitados pela ciência, entrando no universo das séries de produção que marcam a sociedade industrial-tecnológica.

No passado, quando a tecnologia ainda era pouco desenvolvida, a comunicação verbal era indispensável ao diagnóstico.

Novamente na atualidade, Tay-Yap e Al-Hawamdeh<sup>9</sup> consideram que o objetivo da tecnologia é, justamente, complementar a comunicação médico-paciente e facilitar o acesso à informação. Tais afirmações contrastam com entendimentos anteriores nos quais a tecnologia era descrita como colocando o lado humano do tratamento em segundo plano ou preterindo a habilidade de se comunicar. O processo de estabelecimento de relações humanas com os pacientes idosos concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação dos indivíduos nesta faixa etária. Segundo White<sup>10</sup>, 25% dos benefícios derivados da prática médica não estão ligados às capacidades técnicas do médico, ao efeito terapêutico dos medicamentos ou ao efeito placebo, mas são resultado terapêutico da própria palavra do profissional sobre uma série de sintomas ligados ao fenômeno de estresse no paciente idoso (cefaleia, cansaço, constipação, problemas gástricos e modificações de peso, entre outros). Isso também é observado com relação à melhor adesão ao tratamento, o que influencia melhor controle, por exemplo, do diabetes e da hipertensão.

Escutar com atenção o outro e respeitar o próximo significam reverenciar o ser humano. A autêntica escuta exige paciência, atenção e interesse. O médico que quiser desenvolver com o paciente idoso uma relação construtiva precisa escutá-lo com atenção, o que exige sensibilidade. Portanto, o comportamento deste profissional deve incorporar cuidados com o sofrimento do paciente idoso. Além do suporte técnico-diagnóstico, é necessário ter sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida exigido pelo envelhecimento, doença e decrepitude. Simpson *et al.*<sup>11</sup> publicaram as conclusões do *Toronto Consensus Statement*, um encontro que focalizou a relação médico-paciente e suas dificuldades. Foi destacado que 54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes não eram considerados pelos médicos durante as consultas<sup>12</sup>, bem como 50% dos problemas psiquiátricos e psicossociais<sup>13</sup>. Em 50% das consultas, médicos e pacientes não concordavam sobre a natureza do problema principal<sup>14</sup>. Após 15 segundos de explicação dos seus problemas, 65% dos pacientes eram interrompidos por seus médicos<sup>15</sup>.

O médico é estimulado a pensar o paciente idoso em sua inteireza, como um ser biopsicossocial, percebendo o significado do adoecer para o indivíduo. Este profissional deve saber que a doença raramente é orgânica ou psíquica ou social ou familiar, mas, sim, concomitantemente todas elas. Quando um idoso procura atendimento médico, está buscando por cuidados que não

se limitam a livrá-lo de um mal-estar circunstancial. A relação médico-paciente idoso nunca deixará de ser uma interação intersubjetiva experimentada por duas pessoas, não bastando, portanto, habilidades técnicas, pois fundamental é acolher o enfermo em sua dimensão biopsicossocial. Assim, o encontro entre esses dois atores não é somente interpessoal, pondo em cena o doente e seus próximos, pertencentes a diversos grupos sociais, e os membros de uma profissão caracterizada por um estatuto suficientemente específico. Suas relações são aquelas de grupos diferentes em termos de competência, orientação, prestígio, poder; estão, portanto, inscritos nas relações estruturais da sociedade global.

A diversidade cultural é uma realidade encontrada frequentemente pelos médicos, exigindo que eles sejam capazes de desenvolver novos valores e percepções de saúde-doença. Devem perceber o processo do adoecer para aquele idoso inserido numa experiência de fragilidade e que ameaça seu estado de ser saudável e ativo. A não concordância entre médico e idoso quanto ao diagnóstico e tratamento propostos, como consequência da divergência de valores e crenças, pode implicar a não adesão à terapêutica, devendo-se buscar a articulação do conhecimento biomédico ao sistema de representações populares referentes à saúde-doença.

Exemplo do sucesso dessa parceria é observado entre as equipes de saúde do Ceará e as rezadeiras locais, levando a que as informações sobre prevenção e tratamento das doenças cheguem de modo mais compreensível à população do local<sup>16</sup>. Têm sido frequentemente abordadas as diferenças de referencial dos profissionais de saúde e dos pacientes, sendo bons exemplos os casos de médicos que, relatam a experiência de sua própria doença, enquanto pacientes. Um desses relatos é do neurologista Sacks<sup>17</sup>. Ele conta que, em certa ocasião, passeando por caminhos montanhosos, fraturou uma das pernas. Transformar-se de médico em paciente significou:

[...] a sistemática despersonalização que se vive quando se é paciente. As próprias vestes são substituídas por roupas brancas padronizadas e, como identificação, um simples número. A pessoa fica totalmente dependente das regras da instituição, se perdem muitos dos seus direitos, não se é mais livre. (p.199)

Além dos aspectos culturais, a relação médico-paciente idoso é assimétrica, porque o profissional detém os conhecimentos dos quais o idoso muitas vezes é excluído. Esta assimetria, bem como as diferenças culturais e sociais, questões emocionais e variedade de padrões comunicacionais envolvem problemas que surgem nessa relação devido à dificuldade do médico em trans-

mitir adequadamente informações ao idoso e, conseqüentemente, à dificuldade deste na adesão ao tratamento. O médico deve ter a sensibilidade de escolher o melhor momento e as palavras adequadas para fornecer as devidas explicações ao paciente idoso, sempre no nível da compreensão deste. A terminologia técnica inacessível a não iniciados, que pode incluir palavras corriqueiras para os profissionais de saúde, como edema e cefaleia, é desconhecida para a maioria dos idosos. Boltanski<sup>18</sup> descreve a existência de uma barreira linguística que separa o médico do doente pertencente às classes populares, barreira que se deve tanto à utilização de vocabulário médico especializado quanto às diferenças que separam a língua das classes cultas daquela das classes populares.

Há uma pluralidade de contextos de encontros e uma diversidade de formas de relação médico-paciente idoso. O doente idoso é ora um objeto da prática médica, ora um consumidor exigente. As formas da relação vão, portanto, da dominação ativa do médico sobre um idoso passivo a diversas formas de negociação entre dois parceiros, cada qual procurando fazer valer seu ponto de vista com os recursos disponíveis. No caso de doente portador de patologia crônica, ele deve participar ativamente de seu tratamento, adquirir informações e até, em certos casos, dominar certas técnicas para aplicá-las sobre si mesmo, como no caso de pacientes diabéticos dependentes de insulina. Nesses casos, há certa transferência de competências do médico para o paciente: o doente que cuida de si e o médico se encontram em posição mais igualitária, desenvolvendo-se o modelo da negociação no qual há um encontro aberto, cada parceiro podendo influenciar o desenrolar e os resultados. Não se trata de negar o peso da opinião do médico, que tem papel crucial com a informação de que dispõe e sua competência técnica. O médico tem o domínio das respostas às questões do idoso, mas este também interage ao formular as questões que orientam o diálogo.

A relação médico-paciente idoso sofre variação em função do contexto organizacional no qual a interação ocorre, porque há influência do cliente. Fora dos hospitais, há diferença entre a situação do médico que tem um emprego público e a daquele que depende diretamente de uma clientela que pode ou não querer empregar seus serviços. Quanto aos médicos hospitalares, se o hospital é público, todos os pacientes são atendidos; se é particular, recebe principalmente os doentes que lhe são enviados por outros médicos. O médico que depende dos clientes será sensível às suas exigências e necessariamente menos distanciado da cultura profana. O médico hospitalar, ao contrário, depende dos colegas e unicamente de seu controle. Para ele, é a cultura profissional que predomina.

A família é, na maioria das vezes, fator indispensável de suporte e colaboração no tratamento, sendo insubstituível como fonte de segurança e afeto para o paciente idoso. Caberá ao profissional de saúde reconhecer suas próprias limitações (do seu conhecimento e da sua importância na vida do cliente) e valorizar a participação dos familiares, fazendo-os aliados e colaboradores do processo terapêutico. O doente idoso, assim como seus familiares, têm necessidade de tranquilização e apoio, mas, infelizmente, por falta de preparo ou de amadurecimento pessoal, nem sempre o médico está capacitado para fornecê-los. Diante das dificuldades ou daquilo que aos seus olhos está errado, é frequente que o profissional assuma atitude repreensiva e autoritária, seja com o doente ou com a família. Entretanto, o médico deve ter em mente que o fato de dispor de uma competência técnico-científica não lhe dá o direito de julgar problemas morais exclusivos dos doentes.

A doença pode ser uma fonte de gratificação para o paciente idoso, sendo frequentes os casos de anciãos que, em função de seus problemas de saúde, passam a deter poder nas relações familiares, mantendo privilégios pessoais. Quando a doença desempenha função na dinâmica familiar, a tentativa de tratamento acaba frustrada. É preciso reconhecer, nessas situações, o papel adaptativo e comunicacional dos sintomas, tolerando a necessidade do paciente idoso e de seus familiares de mais tempo para realizar mudanças e estabelecer novos padrões comportamentais. Uma forma comum de ganho secundário é aquela que tem função comunicativa, ou seja, o uso do sintoma ou do boicote às medidas terapêuticas como forma de expressar sentimentos, como o de raiva da família, do médico ou da instituição. Outras vezes, os mesmos recursos poderão ser utilizados como forma de pedir ajuda ou de expressar sentimentos como carência afetiva, desamparo e insegurança. O paciente idoso também pode utilizar o mecanismo de negação como defesa em sua relação com a doença e com o médico, o que pode provocar consequências graves. Há indivíduos idosos que baseiam o amor próprio sobre determinados atributos físicos, tendo dificuldade para lidar com limitações que atingem esta área e percebendo a doença como vergonhosa. Estas reações emocionais no doente idoso podem gerar dificuldades ao estabelecimento da aliança com o médico.

Na consulta médica, a comunicação abrange os conceitos de confidencialidade, relato da verdade, consentimento esclarecido e comportamento ético. A interação desse profissional com o paciente idoso requer confiança mútua. Ao atender anciãos, sobretudo na clínica privada, onde tem o poder de recusar doentes, exceto em situações de emergência, o médico aceita automática-

mente a condição de confidente do idoso para assuntos referentes à sua saúde. O paciente idoso precisa saber que é vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente, mesmo que este tenha falecido. A observância destes itens reforça uma boa relação médico-paciente idoso. O ideal é que o idoso autorize por escrito a sua concordância em que o profissional discuta sua situação de saúde com seus familiares, indicando quem são as pessoas por ele escolhidas a tomar decisões que dizem respeito à sua saúde diante de seu impedimento, como no caso de demência.

O relato da verdade na consulta médico-paciente idoso é um importante instrumento terapêutico. Suchman e Matthews<sup>19</sup> sugerem que a informação diminui o sentimento de isolamento do paciente, colaborando no surgimento de cooperação mútua na relação médico-paciente. Hall *et al.*<sup>20</sup>, em meta-análise de 41 estudos, concluem que a satisfação do paciente está relacionada à quantidade de informação recebida e à participação no tratamento. A informação individualizada aumenta a adesão do paciente até os 75%, sendo esta considerada essencial para o bem-estar dele<sup>21</sup>. Para se obter a devida adesão do paciente idoso ao tratamento, a forma de contar o diagnóstico ao doente funciona como um reforço na cooperação com a sua terapia.

Os pacientes idosos têm direito à informação individualizada e verdadeira quanto ao diagnóstico e à terapêutica, e ao consentimento na decisão terapêutica e nos atos a serem praticados. As informações fornecidas ao paciente idoso devem se referir à patologia a ser tratada, aos meios a serem empregados para a tentativa de sua resolução, às vantagens e aos inconvenientes esperados, aos riscos possíveis, aos custos e aos resultados aguardados. Quanto aos riscos, as informações devem se referir àqueles mais frequentes, de acordo com a experiência clínica e os conhecimentos epidemiológico-estatísticos<sup>22</sup>. Gulinelli *et al.*<sup>23</sup> relatam que 82,2% dos pacientes desejam ser informados da terapêutica e 50,8% querem participar da decisão terapêutica, sendo este desejo menor entre os homens maiores de 60 anos. O fato de os médicos não informarem os diagnósticos aos pacientes idosos pode ter os seguintes motivos: não conseguir boa interação com o ancião que permita dar a ele esta informação; não conseguir passar a informação de forma que possa ser entendida; e a falta de hábito de muitos doentes idosos não receberem informações destes profissionais, aceitando suas decisões sem questioná-las<sup>24</sup>. Esse modelo comunicacional exige mudança de atitude dos médicos, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente idoso a possibilidade de escolher seu tratamento.

Diante do desconhecido, o ser humano cria hipóteses para preencher o conhecimento que lhe falta. Muitas vezes, as fantasias que o doente idoso cria sobre sua enfermidade assumem formas assustadoras. Os fantasmas fabricados pela mente, nos casos de doenças, atendem por nomes como câncer, infarto, etc. O paciente idoso pode apresentar crises de pânico, vivenciadas com o pavor diante da morte iminente. É preciso levar em consideração a opinião dos idosos se quisermos que obedeçam às prescrições. Neste sentido, a escuta do médico torna-se fundamental, tanto para auxiliar o paciente idoso na elaboração destes sentimentos, ouvindo suas fantasias com relação ao surgimento da doença, como para auxiliá-lo a participar ativamente de seu tratamento. No caso de hospitalização, o doente idoso frequentemente comparece com enorme carga de temores, também provocada pelo desconhecimento sobre quem vai atendê-lo e como. Muitas vezes, ele chega ao serviço de saúde sem saber quanto tempo terá que aguardar e se o profissional que o atenderá tem a necessária competência (e paciência). Também o desconhecimento sobre os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos aos quais será submetido pode ser fonte de ansiedade. Com o propósito consciente de esclarecer este paciente ou o propósito inconsciente de exibir todo o seu conhecimento, o médico pode expressar, de modo precoce e desnecessário, hipóteses diagnósticas de doenças graves. Sugere-se perguntar ao paciente idoso quais as teorias que tem a respeito do que está acontecendo. Se o médico se mostrar aberto para ouvir as fantasias do ancião de forma não preconceituosa ou jocosa, terá maior possibilidade de aliviar suas ansiedades. Portanto, é importante que os pacientes idosos sejam consultados sempre pelo mesmo médico, sendo a continuidade do vínculo estabelecido um importante aspecto a considerar, pois os médicos que acompanham por tempo prolongado os mesmos idosos conhecem suas comunidades e a história de suas famílias<sup>25</sup>.

O consentimento esclarecido utiliza a informação e está em sintonia com a importância da autonomia do paciente. Deve estar implícito o respeito pela vontade do idoso em conhecer ou não o seu estado clínico, assim como a verdade sobre sua evolução e possíveis tratamentos. O consentimento do paciente idoso para os atos a serem praticados é um dos pontos essenciais do seu contrato com o médico, sendo esta declaração de vontade fundamento para a existência do ato jurídico de que toda agressão ao corpo humano é proibida, salvo nas hipóteses previstas pela lei. É em virtude desta que o ato do médico que preencha as condições necessárias, entre as quais o consentimento do paciente, torna-se lícito. O consentimento só é válido para os atos fundamentados no Direito (CFM)<sup>26</sup>, e o médico não pode invocar a



aceitação pelo paciente idoso de riscos desnecessários. O consentimento do ancião também não deve ser visualizado como permanente, isto é, válido para todos os atos ligados ao contrato, sendo renovado para aqueles atos que comportem riscos. Esta noção se contrapõe à prática hospitalar de exigir, na entrada do paciente, que ele assine um documento consentindo com todos os atos possíveis a serem realizados em sua internação, ou seja, intimando o consentimento do imprevisível<sup>22</sup>.

O princípio da concepção de autonomia é sua característica relativa e relacional, inseparável da dependência, não se objetivando chegar à autonomia absoluta. Deve-se fortalecer o relacionamento entre os pacientes idosos, seus médicos e seus familiares, porque essa rede de autonomia/dependência é fundamental para o cuidado e para a saúde do idoso. Entretanto, é preciso superar a dimensão autoritária ou paternalista dessa relação e caminhar no sentido de possibilitar a expansão da autonomia do idoso à medida que avança o processo terapêutico. Quando adoecemos, precisamos do cuidado dos outros, do conhecimento especializado dos médicos, assim como do afeto e apoio emocional que tanto estes quanto os amigos e familiares podem trazer. Isto não diminui a autonomia do doente idoso, ao contrário, pode até fortalecê-la. O que se deve evitar é que essa relação se torne de dependência, de sujeição daquele que, em determinado momento da vida, está mais fragilizado. Desse modo, na relação médico-paciente idoso, defender a autonomia é reconhecer que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas e objetivos. A relação é – e deve permanecer – heterogênea, reconhecendo-se que o sujeito do processo terapêutico é a pessoa doente. As tecnologias médicas, assim como os médicos e demais profissionais de saúde, devem-se colocar como meios, instrumentos que podem e devem ser utilizados pelos doentes idosos no processo saúde-doença.

Quanto à assimetria das posições do doente e do médico, o princípio da cooperação deve ser priorizado. Grande número de pacientes que saem do consultório não obedece à ordem do médico. Pesquisadores ingleses, ao reexaminarem os resultados de 68 estudos sobre a questão (*compliance* do paciente), evidenciaram que a percentagem média de pacientes que ignoram as ordens médicas varia de 35% a 57%<sup>27</sup>. Nos casos em que os doentes são capazes de seguir as diretrizes do médico e de exprimir suas ideias, a relação funciona segundo o modelo de cooperação orientada e participação mútua, como nos casos de doenças crônicas prolongadas, nos quais o médico e o idoso podem se encontrar esporadicamente, sendo papel do médico ensinar o paciente a cuidar de si mesmo. Em todos estes tipos de relações, os idosos

devem ser estimulados a se tornar mais ativos, críticos, conscientes e responsáveis pelo processo saúde-doença, a ter maior empoderamento.

Em nosso meio, as orientações emanadas do médico e da administração hospitalar constituem ordens que os idosos sentem que precisam cumprir para seu próprio bem, agindo passiva e pacientemente em relação às mesmas. Eles adotam a internalização dessas ordens, norteados pelo precário conhecimento sobre seus direitos, crença no poder quase infalível do médico, confiança nas orientações provenientes do mesmo em relação aos cuidados prestados e atendimento das necessidades disciplinares da instituição hospitalar. Em síntese, essa internalização se dá de forma ingênua e sem atentar para a questão do consentimento, uma vez que os pacientes idosos nem sabem que podem consentir, pois estão acostumados a obedecer. Entretanto, a não cooperação e a atitude crítica dos pacientes aumentaram no decorrer do tempo. Pesquisa com médicos franceses aposentados, que forneceram sua opinião sobre as atitudes e comportamentos de seus pacientes no começo e no fim de suas carreiras, mostra que 2% deles declararam que seus pacientes eram bem informados no começo de suas carreiras, enquanto 93% acreditavam que isso aconteceu no final da carreira. Paralelamente a este desenvolvimento da competência dos pacientes, os médicos observaram um crescimento das exigências, de 8,8% para 80,3%, e uma diminuição da docilidade de 59% para 10%. A percentagem de médicos que julgaram os pacientes cooperativos também diminuiu, de 33,9% para 23,7%<sup>28</sup>.

É preciso melhorar a qualidade dos serviços de saúde, elemento fundamental no processo de promoção da saúde. Donabedian<sup>29</sup> relata que a qualidade dos serviços de saúde percebida pelos pacientes depende de 30% a 40% da capacidade diagnóstica e terapêutica do médico, e de 40% a 50% da relação que se estabelece entre médicos e usuários. Os aspectos organizacionais, como a alta rotatividade dos médicos e a falta de estrutura física adequada, afetam a relação entre o profissional de saúde e o paciente idoso. O espaço terapêutico deve facilitar a comunicação, mantendo a privacidade, evitando interrupções, sendo o mais confortável possível. A distância entre o médico e o paciente idoso, a colocação da mesa e das cadeiras são fatores importantes a considerar. Colocar o paciente idoso em interminável fila de espera ou em sala sem conforto superlotada constitui um ataque à autoestima deste ancião e, sobretudo, à sua identidade de cidadão (no sentido dos seus direitos assegurados à saúde e aos serviços médicos)<sup>30</sup>. O pouco tempo para a realização das consultas médicas e a falta de estrutura dos serviços de saúde são apontados como principais fatores que impossibilitam a empatia, ca-

racterizando a relação médico-paciente idoso como mera busca de sintomas para a prescrição de medicamentos adequados às queixas apontadas. Assim, atualmente não é suficiente organizar com eficiência os serviços de saúde. É obrigatório considerar o respeito aos valores subjetivos do paciente, à promoção de sua autonomia e à tutela das diversidades culturais.

Às profissões da saúde cabe a conformação das classes não hegemônicas à ordem social em vigor. Quando o médico atende um paciente idoso com cefaleia, o examina e se limita a pedir exames e prescrever analgésicos, ele está dizendo a este indivíduo que aquele sintoma guarda uma causalidade circunscrita ao seu corpo e, portanto, é passível de ser tratado e curado por meio daqueles procedimentos. Não é pesquisada a relação do sintoma com as condições de vida do idoso, se ele está infeliz ou preocupado. Não há espaço para a emergência dos aspectos subjetivos que compõem a cidadania, e, em nome da neutralidade científica, o profissional de saúde atua politicamente, conformando o paciente idoso à ordem social em vigor<sup>31</sup>.

Clavreul<sup>32</sup> sugere que o profissional de saúde, particularmente o médico, é também submetido a uma redução, colocando-se como porta-voz da instituição profissional que representa, cujos conceitos e legitimidade é obrigado e convencido a defender. Esta instituição tem suas leis e seu estatuto predefinidos, bem como seus mecanismos de controle e fiscalização, e é essa ordem que deve ser apresentada e reafirmada ao paciente. Deste ponto de vista, a relação médico-paciente idoso torna-se uma relação entre a instituição profissional e a doença, não existindo espaço para o sujeito do profissional e o sujeito do idoso. Para Freidson<sup>33</sup>, a medicina não é caracterizada por seu universalismo e sua preocupação exclusiva com o bem do paciente: a profissão médica é considerada um dos numerosos grupos de interesses existentes na sociedade. O interesse pessoal do médico pode se opor ao altruísmo veiculado por sua retórica profissional. Esse autor mostra que os Códigos de Ética e as leis reguladoras da prática médica, longe de serem instituídos somente para proteger o público, são também mecanismos que protegem a profissão contra as interferências do mesmo público e da concorrência de outros profissionais.

Em toda relação médico-paciente idoso existe, em graus variados, um latente conflito entre perspectivas. O médico enxerga o idoso e suas necessidades a partir das categorias de sua especialidade, imbuído de sua autonomia profissional, pretendendo pessoalmente definir o conteúdo e as formas do serviço a ser prestado. O doente, em compensação, entende sua doença em função das exigências da vida cotidiana e de acordo com o seu contexto cultural, e gostaria que o médico aceitasse sua própria

definição do problema. Assim, é possível que, durante um atendimento ou acompanhamento clínico, a interação médico-paciente idoso não se desenvolva de forma satisfatória. Neste caso, salvo situações de emergência e desde que haja outro profissional que possa continuar o atendimento do idoso, é permitido ao profissional se recusar a atender aquele ancião (da mesma forma que é permitido ao doente consultar-se com outro profissional). Entretanto, o fato de o paciente idoso ser portador de doença crônica ou incurável não é motivo que permita ao médico abandonar o paciente até então aos seus cuidados.

Os médicos que trabalham com pacientes idosos também estão envelhecendo, de tal forma que também são tocados, direta ou indiretamente, por este processo que vai um dia levá-los à mesma situação dos velhos de quem cuidam. É preciso desenvolver um trabalho com estes profissionais para que não atuem contra o velho, velho este que é o seu espelho de amanhã e que assusta por se apresentar como grande ameaça. Também pode ser difícil a esse médico atender a caso de paciente idoso com patologia semelhante à de um de seus familiares, como, por exemplo, com infarto agudo do miocárdio, pouco tempo depois de perder o próprio pai devido à mesma doença; ou tratar de um idoso com depressão desencadeada por luto, quando ele próprio está elaborando a perda de um ente querido. Se esse profissional não estiver consciente da possibilidade de que os sentimentos interfiram em suas habilidades profissionais, tais vivências podem ser comprometedoras. Entretanto, se estiver ciente desses sentimentos e for capaz de elaborá-los adequadamente, pode transformar suas próprias vivências interiores em instrumentos de empatia e compreensão.

Aos estudantes da área de saúde são oferecidos cada vez mais conhecimentos técnicos oriundos das inúmeras disciplinas acadêmicas, sendo as informações apresentadas sem preocupação de síntese integradora que respeite a dimensão antropológica do paciente idoso. Como resultado, ao término do curso, formam-se especialistas em doenças, despreparados para cuidar de pessoas enfermas idosas. A maioria dos médicos se sente incomodada e relativamente despreparada para este momento de encontro, destacando a importância do desenvolvimento de treinamento para essa comunicação<sup>34</sup>. O médico deve ter em mente a teoria da eficácia terapêutica elaborada por Balint<sup>35</sup>, baseada no que chama de remédio-médico: a escuta e a atenção dedicadas ao paciente podem ter o efeito curativo de um medicamento.

Os atributos desejáveis ao médico foram propostos por diferentes autores e compilados por Soar Filho<sup>36</sup>:

- (a) empatia (capacidade de se colocar no lugar do outro, de compreender seu sofrimento, suas angústias e dúvidas, sem se confundir com ele);
- (b) continência (capacidade de conter, ou seja, tolerar dentro de si toda a carga de pensamentos e sentimentos que o doente possa expressar durante o atendimento, sem revides e retaliações);
- (c) humildade (capacidade de reconhecimento de suas limitações humanas e profissionais);
- (d) respeito para com as diferenças (não se investir de portador de verdades morais supostamente válidas para seus pacientes e não desqualificar as queixas do doente, lembrando-se de que os sintomas podem ser de natureza física ou emocional);
- (e) curiosidade (estar aberto ao permanente questionamento das próprias hipóteses e às hipóteses construídas pelo doente);
- (f) capacidade de conotar positivamente (ter disponibilidade interna para buscar novos sentidos para os comportamentos dos pacientes, nos quais fiquem ressaltados seus aspectos adaptativos e socialmente valorizados);
- (g) capacidade de comunicação (ter competência para o estabelecimento de comunicação eficiente, ou seja, capacidade de captar nexos comunicativos e de comunicar as próprias hipóteses, dentro de ambiente de respeito para com as diferenças culturais que separam profissional de saúde e paciente, incluindo aspectos da comunicação verbal e habilidade de perceber e decodificar a comunicação corporal do doente e de interagir nesse nível com ele).

A estes atributos podem ainda ser agregados outros tantos, desejáveis nas pessoas em geral, mas principalmente naquelas que lidam com o sofrimento humano, como amor à verdade, flexibilidade, criatividade, paciência e, sobretudo, solidariedade. Portanto, alguns aspectos relacionados ao estabelecimento de contextos favoráveis a uma relação médico-paciente idoso baseada na cooperação e no desenvolvimento conjunto da tarefa terapêutica são:

- (a) atender com hora marcada e com o menor tempo possível de espera;
- (b) oferecer espaço de atendimento confortável e que preserve a privacidade;
- (c) tratar o paciente pelo nome;
- (d) olhar o doente enquanto conversa com ele;
- (e) tentar ouvir mais do que falar;
- (f) comunicar-se com o paciente em termos compreensíveis a ele, mantendo-o informado sobre seus problemas e sobre os procedimentos realizados;

- (g) falar sobre o doente com outros profissionais de forma respeitosa e positiva<sup>34</sup>.

## CONCLUSÃO

Pacientes idosos necessitam de atendimento de forma integral, levando-se em conta, além de suas queixas imediatas, também fatos e situações sociais, econômicos, familiares e emocionais, que não se encaixam no estrito espaço/tempo da consulta médica. Assim, com a participação de profissionais de outras áreas além da medicina, como farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, educadores físicos, odontólogos e assistentes sociais, e ainda com a ajuda da família do paciente, consegue-se prestar orientações e esclarecimentos sobre uso de medicamentos, dieta, trabalho, lazer, exercícios, sexo, tabagismo e alcoolismo – enfim, sobre situações que podem interferir na prevenção e/ou no tratamento das doenças prevalentes neste grupo etário.

Assim, deve-se notar que nem todos os encontros com o médico ocorrem em função de busca de tratamento, pois este pode ter uma função preventiva. Na atividade médica hospitalar há maior importância da anatomofisiopatologia, uma vez que o paciente idoso internado apresenta patologia mais grave. Exigir que este médico hospitalar apresente um instrumental especializado amplo é apelo idealista não coerente com os interesses e as possibilidades concretas dele. Portanto, no campo hospitalar há necessidade ainda maior da atuação de equipe multiprofissional que, por meio de variadas abordagens, contribua para humanizar o atendimento ao indivíduo idoso portador da lesão.

Com a intervenção cada vez mais frequente da medicina nos setores mais variados da vida social, os encontros dos indivíduos doentes ou sadios com os médicos vão assumindo formas múltiplas e complexas. Os médicos devem privilegiar sentimentos e valores dos pacientes idosos e de seus familiares, estimulando a reflexão para tomada das decisões necessárias em conjunto, ou seja, democratizando a relação médico-paciente e resgatando, enfim, sua humanização. Esta proposta aspira ao nascimento de uma nova imagem do profissional médico, responsável pela efetiva promoção da saúde ao considerar o paciente idoso em sua integridade física, psíquica e social, e não somente do ponto de vista biológico. O desenvolvimento dessa sensibilidade e sua aplicação na prática do médico constituem importante desafio, pois é fundamental a democratização de informações, dos saberes e das relações de poder, a construção de uma ética de solidariedade e responsabilidade, e profundas transformações na educação e na cultura. Há, portanto, um caminho árduo e longo, mas necessário para o avanço da saúde.



## REFERÊNCIAS

1. Cassel E. The nature of suffering and the goals of medicine. Oxford: Oxford University Press; 1991.
2. Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med*. 1994;9: 222-226.
3. Ismael JC. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. São Paulo: T.A. Queiroz Editor; 2002.
4. Teixeira H, Dantas F. O bom médico. *Rev Bras Educ Med* 1997, 21:43-46.
5. Foucault M. O nascimento da clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense- Universitária; 1987.
6. Canguilhem G. O normal e o patológico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
7. Helman C. Cultura, saúde, doença. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
8. Schraiber LB. O médico e seu trabalho Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
9. Tay-Yap J, Al-Hawamdeh S. The impact of the Internet on healthcare in Singapore. *JCMC [periódico na internet]*. 2001 [acesso em 6 jan, 2009?]; 6(4). Disponível em: <http://jcmc.indiana.edu/vol6/issue4/tayyap.html>
10. White KL. Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia. Washington: OPS; 1992. (Publicación Científica, 534).
11. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303:1385-1387.
12. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract*. 1979;29:77-82.
13. Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988; 10:79-87.
14. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D' Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health*. 1981;71:127-131.
15. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med*. 1984;101:692-696.
16. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9:139-146.
17. Sacks O. A leg to stand on. London: Picador, MacMillan; 1991.
18. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
19. Suchman AL, Matthews DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connectional dimension of medical care. *Ann Intern Med*. 1998;108:125-130.
20. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care*. 1988; 26:657-675.
21. Haynes RB. Improving patient compliance: an empirical review. In: Stuart RB (Ed.). *Adherence, Compliance and Generalisation in Behavioural Medicine*. New York: Brunner, Mazel; 1982.
22. Fortes PAC. Civil responsibility of physicians in liberal practice context: ethical-juridical aspects. *Rev Saúde Pública*. 1990;24:518-522.
23. Gulinelli A, Aisawa RK, Konno SN, Morinaga CV, Costardi WL, Antonio RO, et al. Desire of information and participation in therapeutic decisions concerning severe diseases, in patients of a University Hospital. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50:41-47.
24. Faria SL, Souhami L. Communication with the cancer patient: information and truth in Brazil. *Ann N Y Acad Sci* . 1997;809:163-171.
25. Buetow S. What do general practioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. *Soc Sci Med*. 1995;40:213-221.
26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 1931/2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*. Brasília, 24 set. 2009, Seção 1, p. 90.
27. Tones K, Davison L. Health education in the National Health Service. In: Anderson D. *Health education in practice*. London: Croom Helm; 1979.
28. Herzlich C, Bungener M, Paicheler G, Roussin P, Zuber MC. Cinquante ans d'exercice de la médecine em France: Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980. Paris: Éditions INSERM; 1993. p.184-186.
29. Donabedian A. La qualita dell'assistenza sanitaria. Roma: NIS; 1990.
30. Sá Júnior LSM. Evolução no conceito de ética médica. *Medicina*. 2001;127:32-36.
31. Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico paciente? *Cad Saúde Pública*. 1993;9: 21-27.
32. Clavreul J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense; 1983.
33. Freidson E. La profession médicale. França: Payot;1984.
34. Dosanjh S, Barnes J, Mohit Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ*. 2001;35:197-205.
35. M. Balint. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: PUF;1960.

36. Soar Filho EJ. The client-doctor interaction. Rev Assoc Med Bras. 1998;44:35-42.

### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram na concepção e desenho do estudo, aquisição de dados, análise e interpretação dos dados, na elaboração da versão inicial do artigo e sua revisão crítica para conteúdo intelectual significativo e na aprovação final da versão encaminhada para publicação.

### CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lucy Gomes Vianna  
SHIS QL 18 conj. 07 casa 10  
Lago Sul – Brasília  
CEP. 71650-075 DF  
E-mail: lucygomes@pos.ucb.br